

ВАЖНО! Данная форма заявления для договоров страхования, заключенных на основании Правил страхования от 31.08.2016 и от 05.09.2016

В ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (далее – «Страховщик») адрес места нахождения: 115162, Москва, ул. Шаболовка, д. 31Г

ЗАЯВЛЕНИЕ

к Договору страхования № _____ от ____ / ____ / _____ (далее – Договор страхования)

ВАЖНО! По данной форме Заявителем и получателем денежных средств (если полагаются к выплате) может являться только Страхователь. При обращении представителей, пожалуйста, свяжитесь предварительно со Страховщиком.

1. ДАННЫЕ СТРАХОВАТЕЛЯ

Ф.И.О. (полностью):			
Дата рождения:			
Место рождения:		Страна рождения:	
Гражданство (при наличии нескольких указать все):		ИНН (РФ) (при наличии):	
Данные документа, удостоверяющего личность Страхователя:			
Наименование документа:			
Серия, номер		Дата выдачи:	
Кем выдан:		Код подразд.	

Адрес места жительства (регистрации):			
Адрес для направления корреспонденции (если отличается):	индекс	□□□□□□	
Мобильный телефон:			
Адрес электронной почты:			

2. ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (отметьте одну причину):

ВАЖНО! Необходимо отметить только одну из указанных ниже причин. Заявление с двумя и более отмеченными вариантами является недействительным вследствие невозможности определения волеизъявления Заявителя.

<input type="checkbox"/>	Наличие ограничений для принятия на страхование (несогласованность Сторонами существенных условий Договора страхования)* _____ <i>укажите категорию лиц, к которой Вы относились на момент заключения Договора страхования</i>
<input type="checkbox"/>	Отказ от Договора страхования _____ <i>просьба указать причину</i>
<input type="checkbox"/>	Ненадлежащий платеж (Страховая премия оплачена не в полном объеме или позднее установленного срока)

* В случае обращения Заявителя с заявлением о признании договора страхования незаключенным по причине наличия каких-либо ограничений для принятия на страхование, необходимо предоставить (приложить к заявлению) надлежащим образом удостоверенные документы, подтверждающие наличие таких ограничений на момент заключения Договора страхования.

Подпись Страхователя _____

Прошу досрочно прекратить действие Договора страхования/ считать Договор страхования не вступившим в силу / незаключенным (в зависимости от того, что применимо).

ВАЖНО! Перед тем как расторгнуть Договор страхования, пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с Условиями/Правилами страхования. Обратите особое внимание на случаи, когда уплаченная премия не возвращается / выкупная сумма не выплачивается или равняется нулю. При возникновении вопросов, пожалуйста, обратитесь за разъяснениями к Страховщику.

3. РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Прошу осуществить мне выплату денежных средств (если полагаются) в форме безналичных расчетов по указанным реквизитам:

	<input type="checkbox"/> на счет в «Сетелем Банк» ООО ¹ :	<input type="checkbox"/> на счет в другом банке ² :
Банк-получатель*	«Сетелем Банк» ООО	
ИНН*	6452010742	
ПОЛУЧАТЕЛЬ	Страхователь	Страхователь
КОР. СЧЕТ*	к/с: 30101810500000000811 в ОПЕРУ Москва	
БИК*	044525811	
№ СЧЕТА ПОЛУЧАТЕЛЯ*		
Номер карты (для перечисления на карту)*		

4. ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Настоящим осознаю, понимаю и согласен(на) с тем, что Страховщик вправе не рассматривать данное заявление при отсутствии подтверждающих (документов/сведений когда требуются).

Настоящим подтверждаю свое ознакомление и согласие с условиями досрочного прекращения Договора страхования и правилами расчета выкупной суммы, содержащимися в Условиях/Правилах страхования, и обязуюсь предоставить все необходимые документы, предусмотренные Условиями/Правилами страхования. Осознаю, понимаю и согласен(на), что в случае отказа Страхователя от Договора страхования, когда Договор страхования считается прекращенным по истечении 14 календарных дней со дня его вступления в силу, возврат Страхователю страховой премии (ее части) не производится. В случае отказа Страхователя от Договора страхования, когда он считается прекращенным в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня вступления Договора страхования в силу, подлежит выплате выкупная сумма в размере, определяемом по следующей формуле: $(1 - (\text{количество дней действия Договора страхования}) / (\text{срок действия Договора страхования})) * \text{страховая премия.}$

Подписывая настоящее заявление, подтверждаю и соглашаюсь с тем, что события, произошедшие после досрочного прекращения Договора страхования (равно как и до вступления Договора страхования в силу), не могут являться страховыми случаями и не влекут за собой осуществления страховых выплат. Настоящим заявляю об отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, по Договору страхования.

Проставляя свою подпись, Страхователь выражает свое согласие на использование Страховщиком его персональных данных в целях осуществления контроля и оценки качества страховой услуги по всем вопросам ее предоставления (например, для выяснения причин отказа от договора страхования), в т.ч. путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи.

✓ _____ Дата заполнения: _____
 (Подпись Страхователя) (Фамилия, инициалы Страхователя)

5. СПИСОК ПРИЛАГАЕМЫХ ДОКУМЕНТОВ

№ п/п		Наименование и реквизиты документа
	<input type="checkbox"/>	Копия документа, удостоверяющего личность
	<input type="checkbox"/>	Копия Договора страхования

¹ При указании реквизитов счета в «Сетелем Банк» ООО убедитесь в том, что Ваш счет будет действующим на дату предполагаемого перечисления.

² Обязательные для заполнения поля отмечены звездочками.

	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	